## Art Du Déplacement Academy Firenze

Rich	iesta di Affiliazione			
II/la sottoscritto/a		Nato/a a	ili	
chiede che il/la proprio figlio/	a			
Nato/a a	il	Residente	e a	
Codice Fiscale Bambino				
istituzionali. Dichiara di aver preso v CONSENSO AL TRATTAMENTO D Con la presente dichiaro di aver rice	visione dello Statuto e del F DI DATI PERSONALI evuto l'informativa sui diritti zzato alla gestione del rapp	Regolamento dell'Associazio connessi al trattamento dei orto associativo e all'adempi	miei, e di mio figlio/a, dati personali imento di ogni obbligo di legge. Pres	da parte
Firma del genitore			Data	
44	Giorn	ata Pratika	ando	
PRATIKANDO	30 MARZO	27 APRILE	18 MAGGIO	
Recapiti telefonici genitore  Madre	Padre	mail	@	
Allergie (alimenti, animali, ins	etti, medicine)			(obbligatorio)
Note particolari (es: difficoltà	motorie)			. (obbligatorio
Con la firma è intesa l'accettazione		EGOLAMENTO ::		
<ul> <li>2) Non allontanarsi dall</li> <li>3) Non allontanarsi dall</li> <li>4) Rispettare la libertà c</li> <li>5) Far presente agli istr</li> <li>6) Non mangiare/ingerir</li> </ul>	sentiero nel bosco, no legli altri partecipanti s uttori eventuali necess	iver consultato gli istrut n lanciare oggetti senza recare loro danno sità e/o difficoltà colose per se stesso, n	ttori o o disturbo, né fisicamente né é scambiare il proprio cibo co	
Modalità di pagamento e c	osti			
Costo giornata 40euro per gia Iban associativo IT15Y0623 Intestatario: ADD ACADEI	038105000040794714			
Trattamento dati visivi				
	e consapevole che in man	canza di consenso non potra	nel presente modulo ai sensi del GE à essere erogata alcuna prestazione pratikando.it	
Acconsento Non acco	nsento			

Firma del genitore .....